



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Venturini, Daniele Aparecida; Silva Marcon, Sonia
Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 61, núm. 5, septiembre-octubre, 2008, pp. 570-575
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019604008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola

Nursing reports in a surgical unit at a school hospital

Apuntes de enfermería en unidad quirúrgica de un hospital de enseñanza

Daniele Aparecida Venturini¹, Sonia Silva Marcon¹

¹Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Maringá, PR

Submissão: 20/08/2008

Aprovação: 18/09/2008

RESUMO

Estudo descritivo, que objetivou avaliar a qualidade das anotações de enfermagem de pacientes cirúrgicos de um Hospital escola do Noroeste do Paraná. Utilizou-se a auditoria retrospectiva com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem como método de avaliação. Foram avaliados 134 prontuários selecionados aleatoriamente. Os resultados revelaram que apenas os registros referentes às prescrições de enfermagem de pós-operatório, observação de sinais e sintomas e anotações de pós-operatório, puderam ser consideradas completas. As anotações referentes ao aspecto e evolução das lesões cutâneas e as anotações de alta estavam incompletas em 73,9% e 97% dos registros analisados. Estes resultados apontam a necessidade de educação, monitoramento e avaliação contínua dos registros de enfermagem com vistas à melhoria dos mesmos e da assistência prestada.

Descritores: Registros de enfermagem; Educação continuada em enfermagem; Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

This descriptive study aimed at evaluating the quality of nursing records of surgical patients at a school hospital in the region of Northwestern Paraná State, Brazil. A retrospective audit was undertaken, based on the Systemization of Nursing Assistance as the evaluation method. One hundred thirty-four records were selected. The results showed that only the records regarding post-operation nursing prescriptions, observation of signs and symptoms, and post-operation comments could be considered complete. The annotations regarding the aspect and evolution of the skin lesions, as well as the discharge records were incomplete in 73.9% and 97% of the analyzed records. These results point to the need for education, monitoring and continuous evaluation of nursing records, aiming at their improvement and that of the rendered assistance.

Descriptors: Nursing records; Education, nursing, continuing; Nursing care.

RESUMEN

Estudio descriptivo que objetivó evaluar la calidad de los apuntes de enfermería de pacientes quirúrgicos de un Hospital escuela del noreste de Paraná. Se utilizó la auditoría retrospectiva basada en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería como método de evaluación. Se evaluaron 134 informes seleccionados al azar. Los resultados revelaron que tan sólo los registros referentes a las prescripciones de enfermería de pos operatorio, observación de señales y síntomas y apuntes de pos operatorio se pudieron considerar completos. Tanto los apuntes relativos al aspecto y evolución de las lesiones cutáneas como los apuntes de alta estaban incompletos en un 73,9% y un 97%, respectivamente, de los registros analizados. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de educación, monitoreo y evaluación continua de los registros de enfermería visando el mejoramiento de éstos y de la asistencia prestada.

Descriptores: Registros de enfermería; Educación continua en enfermería; Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método de trabalho constituído por etapas que permitem à enfermeira(o) melhor organização e coordenação das atividades de enfermagem⁽¹⁾.

É uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza o conhecimento científico para identificar as situações de saúde/doença e elaborar ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade⁽²⁾.

As etapas propostas podem variar de acordo com o referencial teórico utilizado. O modelo conceitual de Wanda Horta, por exemplo, propõe a sistematização da assistência de enfermagem a partir de seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem⁽³⁾. A implementação dessas etapas permite um melhor planejamento da assistência ao paciente, além de possibilitar uma seqüência na continuidade do cuidado.

A documentação gerada por essa metodologia permite aos membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações, e resultados obtidos com a assistência prestada. Essa documentação é representada pelos registros ou anotações de enfermagem e consiste em meio de comunicação para a equipe, além de fornecer informações para pesquisa, servir de instrumento ético/legal, possibilitar a avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao paciente e como fonte de dados para auditoria^(4,5).

Todas essas finalidades atribuídas às anotações de enfermagem produzidas por meio da SAE são extremamente importantes pois indicam, a priori, que a assistência de enfermagem está sendo implementada. Cada informação anotada indica uma ação, ou seja, a evidência de que durante a internação os cuidados foram realizados. Portanto, os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade incluindo-se aqui tanto os referentes a procedimentos quanto as necessidades e queixas dos pacientes.

Apesar das implicações ético-legais e da importância das anotações muitos estudos tem verificado registros factuais, aleatórios, redundantes, subjetivos, incorretos tecnicamente e desprovidos de qualquer sistemática que possa subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem⁽¹⁾.

Diante disso, é fundamental que se realizem estudos no sentido de detectar imperfeições que fragilizam as anotações de enfermagem com vistas a aprimorar o trabalho e também os documentos produzidos pela assistência administrada ao paciente. O processo de auditoria retrospectiva ao prontuário, por meio da avaliação realizada, constitui um importante recurso para conhecer os problemas e propor intervenções que culminam na produção de processos educativos permanentes na tentativa de eliminar ou minimizar falhas nos registros de enfermagem.

Assim, este trabalho teve por objetivo analisar a qualidade das anotações de enfermagem acerca dos cuidados dispensados ao paciente cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo inter-relacional retrospectivo realizado

na unidade cirúrgica do Hospital Universitário Regional de Maringá, o qual possui a SAE implantada desde 1990. Inicialmente ela era focada apenas no principal problema apresentado pelo paciente e aplicada somente no setor de pronto atendimento da instituição. Desde sua implantação esta metodologia já passou por várias reformulações, sendo que a mais recente ocorreu em 2002. Atualmente, todos os setores utilizam a SAE implementada em três fases: histórico, prescrição e evolução de enfermagem.

A população do estudo compreendeu os prontuários de pacientes que estiveram internados, na unidade de clínica cirúrgica no período de julho a dezembro de 2005 por no máximo seis dias.

A escolha do local levou em consideração a utilização da SAE por todas as unidades e também por se tratar de uma instituição pública em que a rotatividade de pessoal é menor que no serviço privado, uma vez que, a admissão é realizada por concurso público. Portanto, as pessoas que fazem as anotações de enfermagem são sempre as mesmas, ainda que funcionários de outros setores sejam escalados para cobrir férias ou licenças.

No período de estudo ocorreram 369 internações, e destas mais da metade (203) corresponderam às internações curtas, ou seja, com duração de um a seis dias. Optou-se, então, por trabalhar com este tipo de internação, por acreditar que elas caracterizam mais adequadamente as internações da clínica cirúrgica deste hospital. Característica semelhante também foi encontrada na clínica cirúrgica de um hospital de ensino de Goiás, visto que aproximadamente 50% dos pacientes permaneceram internados de um a quatro dias⁽⁶⁾.

Das 203 internações curtas ocorridas no período de julho a dezembro de 2005, utilizou-se uma amostra de 134 prontuários, os quais foram selecionados pela técnica de amostragem estratificada proporcional, obedecendo a um intervalo de confiança de 95% e p de 0,05, sendo que a identificação dos prontuários ocorreu a partir do relatório anual de internações da clínica cirúrgica emitido pelo Serviço de Prontuário do Paciente – SPP, do hospital.

A localização dos prontuários foi realizada pela primeira autora após treinamento quanto aos procedimentos necessários para retirada e devolução dos mesmos nas prateleiras de arquivamento.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um formulário adaptado, elaborado especificamente para auditoria das anotações de enfermagem. Este instrumento foi primeiramente proposto em um estudo que objetivava avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em um hospital universitário⁽⁷⁾ e atualmente é utilizado pela Comissão de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem de um Hospital Universitário do Norte do Paraná (HU-Londrina).

O instrumento original é constituído de seis partes que englobam os passos do Processo de Enfermagem, sendo eles: dados de identificação dos pacientes, prescrição de enfermagem, procedimentos de enfermagem, anotações de enfermagem, execução de ordens médicas e condições de alta. Para a realização do presente estudo, dada a limitação do tempo para realização do mesmo, foram utilizados apenas nove questões, que estavam diretamente relacionadas ao tipo de pacientes pesquisado, sendo três referentes às prescrições de enfermagem (de admissão, pré e pós-operatório), uma, aos procedimentos, especificamente os invasivos, e cinco às anotações de enfermagem, observação de sinais e sintomas, cuidados de pré e pós operatório, aspectos e

evolução de lesões cutâneas e condições de alta.

Os critérios utilizados para análise da qualidade dos registros se basearam no trabalho de Haddad⁽⁷⁾, que propõe cinco níveis de avaliação do preenchimento: 1- não se aplica, 2- completo, 3- incompleto, 4- não preenchido e 5- incorreto. Foram consideradas anotações completas àquelas que, atingiram níveis de preenchimento igual ou maior a 80%, não ultrapassando 15% para o item incompleto e 5% para o não preenchido.

Nas prescrições de admissão, pré e pós-operatório, respectivamente, observou-se os registros da realização de exame físico, principais alterações físicas, queixas principais, entre outras. Para os procedimentos invasivos, observou-se se havia relato de colocação e troca de acessos venosos, sondagens, entre outros, e para os registros de sinais e sintomas, levou-se em consideração se houve intervenção e a evolução do doente após a conduta. Nos relatórios de enfermagem de pré e pós-operatório, foi verificado se os mesmos evidenciavam os cuidados realizados em cada período.

Em relação ao aspecto e evolução das lesões cutâneas foi avaliado se as anotações indicavam ou não a área, o tamanho, o local da lesão, o tipo de tecido encontrado na ferida, o tipo e quantidade de exsudato, produto utilizado para realizar a limpeza e tratamento e a cobertura do curativo. E finalmente na evolução e no relatório de enfermagem do último dia de internação, foi investigado o registro da alta do paciente, o nível de consciência, estado geral, se estava com acompanhante, se deambulava, orientações efetuadas, entre outras.

Os dados obtidos foram agrupados em uma planilha construída no Excel e o cálculo de frequência e porcentagens simples foi realizado no Statistic 6.0 para elaboração das tabelas e gráficos.

A retirada dos prontuários do Serviço de Prontuário do Paciente

– SPP foi previamente solicitada e a entrada do pesquisador só ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa – COPEP da Universidade Estadual de Maringá (parecer 118/2006), obedecendo aos preceitos da resolução 196/96⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma geral os resultados demonstraram que apesar de alguns itens terem atingido níveis de preenchimento acima de 80% há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, com informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados para e com o paciente. Isto permitirá que os registros efetuados alcancem níveis de excelência.

A análise das prescrições e evoluções de admissão, pré e pós-operatório do paciente cirúrgico confirmam a afirmação anterior. Na tabela 1, por exemplo, observamos que apenas as informações referentes às prescrições do pós-operatório atingiram níveis de preenchimento acima de 80% e que piores registros foram encontrados em relação ao período pré-operatório.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no Hospital Universitário de Londrina, que identificou, em quase metade dos prontuários analisados, prescrições de pré-operatório que não apresentavam preenchimento adequado⁽⁹⁾.

Acredita-se que este problema possa estar relacionado a uma dura realidade vivenciada cotidianamente nos hospitais universitários, marcada pelo elevado número de cirurgias de urgência/emergência e também pela permanência de pacientes em unidades de pronto-socorro superlotado, até surgir uma vaga na clínica cirúrgica. Estes dois fatores dificultam o preenchimento da prescrição de pré-operatório na instituição em estudo. Porém, esta não deve constituir-se em justificativa para a não realização ou

Tabela 1. Frequência de anotações de enfermagem referentes às prescrições de admissão, pré e pós-operatório de um Hospital Escola do Norte do Paraná, Maringá, PR. 2005.

Itens de Verificação	Não se aplica		Completo		Incompleto		Não preenchido	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prescrição de admissão	7	5,2	104	77,6	18	13,4	5	3,7
Prescrição de Pré-Operatório	31	23,1	41	30,6	8	5,9	54	40,3
Prescrição de Pós-Operatório	13	9,7	114	85	2	1,5	5	3,7
Total	51	38,0	259	193,2	28	20,8	64	47,7

Tabela 2. Frequência das anotações de enfermagem referentes aos procedimentos invasivos, observação de sinais e sintomas e relatórios de pré e pós-operatório de um Hospital Escola do Norte do Paraná, Maringá, PR. 2005.

Itens de Verificação	Não se aplica		Completo		Incompleto		Não preenchido	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Observação de sinais e sintomas	3	2,2	112	83,6	15	11,2	4	2,9
Anotações de pré-operatório	28	20,9	31	23,1	27	20,1	48	35,8
Anotações de pós-operatório	13	9,7	109	81,3	6	4,5	6	4,5
Total	49	36,5	252	193,6	105	78,3	81	60,4

ausência de informações sobre as condições do paciente em seu prontuário.

Por ser a prescrição de enfermagem uma atividade privativa do enfermeiro⁽²⁾, responsável pelo direcionamento e coordenação da assistência ao paciente de forma individualizada e contínua, julga-se fundamental uma mudança nos níveis de preenchimento identificados neste estudo, uma vez que, a sistematização da assistência é considerada um dos indicadores de qualidade na enfermagem⁽¹⁰⁾.

Com relação ao critério não se aplica, contatou-se neste estudo, que estes casos estiveram relacionados principalmente às situações de emergência, em que os paciente foram admitidos e encaminhados diretamente para o centro cirúrgico (13,4%) e/ou nos casos em que as cirurgias foram suspensas (5,2%).

Quanto às anotações de enfermagem relacionadas a evolução dos pacientes durante a internação foram investigados a presença e qualidade de registros relacionados com procedimentos invasivos, observação de sinais e sintomas e os cuidados de pré e pós-operatório. Observa-se na Tabela 2, que apenas as anotações relativas aos sinais e sintomas e pós-operatório atingiram valores percentuais que permitem classificá-los como registros completos.

Em relação aos procedimentos invasivos constatamos que o aspecto que mais influenciou negativamente foi à ausência de registro de data, resultando um total de 37,3% das anotações incompletas. Além disso, dos cinco casos identificados como não se aplica, quatro estiveram relacionadas à não realização de procedimentos invasivos durante a internação e o outro, ao tipo de cirurgia realizada.

O registro dos procedimentos invasivos é um item importante inclusive para subsidiar o trabalho de diversas áreas, as quais dependem de informações, como é o caso da Vigilância de Infecções Hospitalares, auditorias, pesquisas, entre outras. Em auditoria, por exemplo, a ausência do registro pode significar "não realização de um procedimento" e isso prejudica financeiramente a instituição onde o paciente foi assistido que acaba por não receber pelo procedimento realizado⁽¹¹⁾.

Com relação à observação de sinais e sintomas, constatou-se que 83,6% das anotações foram consideradas completas. Uma questão a ser observada é que neste item os profissionais devem se preocupar, não apenas em relatar os sinais e sintomas dos pacientes, mas também as intervenções que foram realizadas para controlar os mesmos e a evolução após a implementação das ações, mais especificamente, se houve algum resultado, se o paciente melhorou, sempre buscando estabelecer uma relação de continuidade aos cuidados realizados anteriormente.

Os dados referentes à conduta, tratamento e evolução do cliente devem ser claros, concisos e completos, de maneira a incluir detalhes do atendimento⁽⁹⁾. Dessa forma, mais que anotar é preciso estar atento a tudo o que foi realizado com e para o paciente durante a internação de forma a não deixar escapar algum detalhe importante da assistência prestada.

Quanto às anotações de pré-operatório chama atenção o fato de mais da metade delas 55,9%, se somadas as incompletas com as não preenchidas, apresentam-se inadequadas, pois não permitiam evidenciar os cuidados realizados.

Considerando-se que esta parte das anotações são realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem, torna-se evidente a

necessidade de supervisão dos mesmos pelos enfermeiros, assim como investimentos em treinamentos para melhorar os níveis de preenchimento e a qualidade das informações registradas. Este aspecto foi abordado em um estudo⁽¹²⁾, quando apontam que o enfermeiro como líder deve valorizar as anotações de enfermagem e supervisionar esta tarefa quando efetuada por pessoal de outros níveis, complementando-as quando necessário.

Outros autores⁽¹³⁾, apontam que não podemos nos esquecer que as anotações consistem em instrumento formal que documenta a assistência podendo ser interpretados, quando imprecisos, como deficiência na qualidade da mesma, sendo isso verdade ou não. Portanto, o enfermeiro deve estar atento para os problemas com as anotações, uma vez que estas evidenciam todo esforço dispendido pela equipe para o restabelecimento do paciente e conseqüentemente todo trabalho desenvolvido para atingir este objetivo.

Foram analisadas também as anotações da equipe de enfermagem referentes ao aspecto e evolução das lesões cutâneas, uma vez que, a população em estudo é de pacientes cirúrgicos. Os resultados demonstraram que 73,9% das anotações deste item encontraram-se com falhas. Em 23,1% (32), dos casos a opção recaiu sobre o item "não se aplica", seja em função de não ter ocorrido a cirurgia (15) ou do fato de a cirurgia realizada não necessitar de troca de curativo, como é o caso das cirurgias oftálmicas ou da região anal (17).

Ademais, em todos os prontuários não havia sequer um registro sobre o tamanho da ferida, em menos da metade deles havia referência sobre o local (48,5%) e em (55,2%) relato sobre a área da lesão (44,8%). Apenas 7% do total de registros fizeram referência ao tipo de tecido encontrado, seja ele fibrina, cicatricial ou de granulação. O tipo de exsudato encontrado foi referido em 71,7% dos registros e pouco mais da metade (57,5%) dos registros fizeram menção à quantidade de exsudato, utilizando termos como pequena, média ou grande quantidade ou curativo limpo e seco, o qual indica ausência de secreção.

O tipo de produto utilizado para limpeza e tratamento foi encontrado em 72,1% dos registros embora 67,2% deles não mencionaram o tipo de cobertura utilizada, se gaze e esparadrapo, atadura, curativo especializado, ou outra.

O tratamento da ferida é um processo complexo e dinâmico, que depende de avaliações sistematizadas, prescrições distintas de frequência e tipo de curativo ou coberturas necessárias, de acordo com cada momento da evolução do processo cicatricial⁽¹⁴⁾.

O aspecto do tecido presente no leito da ferida reflete a fase de sua cicatrização bem como a ocorrência ou não de complicações. Portanto é imprescindível que o profissional envolvido no tratamento tenha habilidade nessa avaliação⁽¹⁵⁾.

Avaliar e documentar a evolução da ferida é imperativo para se determinar o tratamento apropriado para cada caso, isto deve ser feito de forma sistemática desde a ocorrência da lesão até sua resolução. Os dados que indicam a evolução da cicatrização devem ser produzidos por diferentes abordagens de avaliação que incluem a classificação da ferida por grau de lesão tissular ou pela cor, tipo de exsudato e dimensão da lesão⁽¹⁶⁾.

Como podemos notar a avaliação e a documentação relacionados às lesões são importantes para o acompanhamento da evolução e para a tomada de decisões de maneira mais adequada para o tratamento e recuperação da área que sofreu agressão. Por isso,

julga-se necessário ao enfermeiro o conhecimento do processo cicatricial e dos impedimentos do mesmo para que possa agir de forma apropriada e contribuir na recuperação do paciente.

Por fim foram avaliadas as anotações referentes a alta dos pacientes, identificando-se que em 85,8% das evoluções não se encontraram referência à alta, 11,9% estavam incompletas, ou seja, não apresentavam todos os itens que deveriam constar na anotação, tais como estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante, se deambulava, entre outras informações importantes e apenas 2,2% dos registros estavam completos. Com relação aos relatórios de enfermagem 50,7% estavam incompletos, 46,3% não foram preenchidos e 3% estavam completos.

A junção destas duas variáveis, evolução e relatório, consegue nos dar a dimensão das anotações relacionadas com a alta hospitalar, conforme verificado no Gráfico 1, onde se constata que quase metade dos registros não foram preenchidos e metade deles estavam incompletos.

Pode-se observar que 97% das anotações, tanto as realizadas obrigatoriamente pelos enfermeiros por ser atividade privativa do mesmo, quanto as anotações de alta, preenchidas pelo pessoal de nível médio, foram classificadas como incompletas e não preenchidas, o que confirma os achados de um estudo que identificou que as anotações de alta não são preenchidas corretamente⁽⁷⁾.

A ausência de registros de alta pode estar relacionada ao fato da equipe postergar as anotações para o momento que o paciente sair do hospital, e quando isto ocorre geralmente ela está envolvida com outros afazeres, sendo o prontuário recolhido sem o preenchimento da mesma⁽⁷⁾.

Estudo realizado por outras autoras em um hospital privado de médio porte da cidade de São Paulo constatou que em duas das unidades de internação avaliadas, as evoluções de alta estavam ausentes em todos os prontuários analisados. Sendo que, somente uma evolução de alta foi encontrada entre as 106 evoluções de

enfermagem analisadas na terceira unidade⁽¹⁷⁾.

Um outro estudo realizado em unidades de internação de clínica médica de hospitais gerais de ensino públicos e privados de grande porte em São Paulo, verificou nas unidades analisadas de dois hospitais escassez ou inexistência de dados registrados quanto às condições de alta dos pacientes que estiveram internados nestas unidades e também quanto às orientações dadas aos pacientes e famílias⁽¹⁾.

Segundo relato dos enfermeiros participantes de um estudo realizado em um hospital de ensino do oeste do Estado de São Paulo, não há anotações detalhadas sobre os aspectos orientados ao cliente/família na alta hospitalar. Acrescentam que na análise dos prontuários constataram que os registros informam apenas a presença ou não de acompanhantes e a entrega da receita médica⁽¹⁸⁾.

Uma maneira de contornar esta situação seria por meio da busca de aprimoramento pelo “defeito zero”, ou seja, os registros serem 100% anotados e completos, que embora não atingível na prática, orienta toda ação e envolve motivação, compromisso e educação dos prestadores da assistência⁽¹⁹⁾.

De acordo com a política da qualidade, as checagens devem acontecer durante o processo de geração de um produto, neste caso os cuidados e as anotações de enfermagem, para que possam ser feitas intervenções corretivas, evitando-se que o resultado seja imperfeito ou inadequado⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revela falhas importantes nas anotações de enfermagem, especialmente quando se considera que o mesmo foi desenvolvido em uma unidade cirúrgica e em um hospital universitário.

Apesar de o hospital em estudo aplicar uma metodologia para organização sistematizada da assistência, o que inclui a sistematização das anotações, não esta isento de problemas, como constatamos no estudo. O emprego de treinamentos e da educação

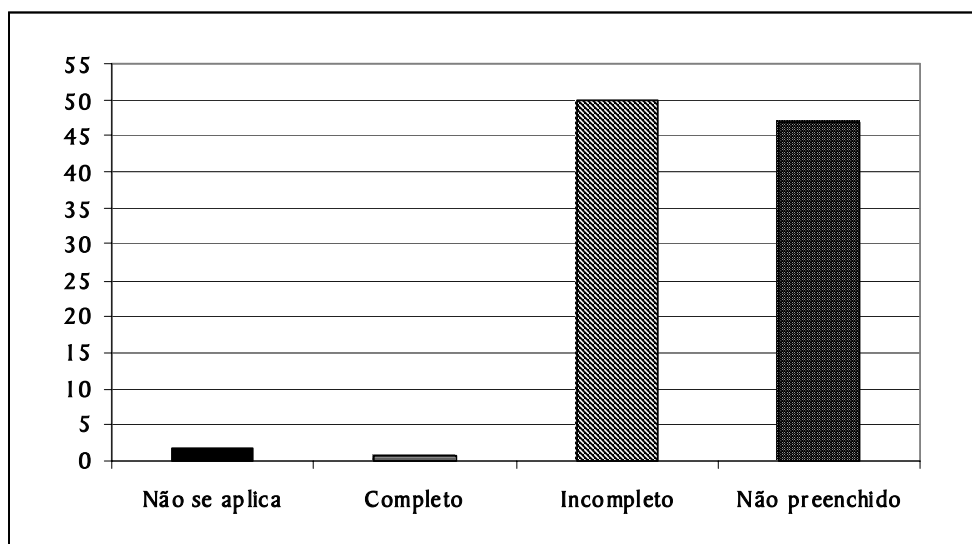


Gráfico 1. Anotações de alta da Clínica Cirúrgica de um Hospital Escola do período de julho a dezembro de 2005, Maringá, PR.

permanente em serviço é uma das estratégias que pode contribuir para resolução dos problemas identificados resultando em melhoria na qualidade das anotações, assim como nos cuidados prestados.

Acredita-se que todos os itens analisados, prescrição, evolução e relatório de enfermagem necessitam ser trabalhados com a equipe para obtenção de maiores índices e qualidade das anotações. Porém, considera-se como mais grave as anotações, tanto evolução quanto relatório, referentes à alta, uma vez que atingiram as porcentagens mais elevadas de falhas.

Uma maneira de contornar esta situação seria investindo em educação, independente se programada ou no "corpo a corpo", não apenas com a finalidade de resolver os problemas identificados, mas para evitar que perdurem ou que voltem a acontecer.

Apesar de não constituir um dos objetivos do trabalho, reconhece-se que o emprego da auditoria retrospectiva como método de avaliação para detectar problemas com as anotações pode ser uma ferramenta auxiliar importante na revelação de falhas existentes nas anotações referentes aos cuidados do paciente cirúrgico.

Sendo as anotações o resultado da assistência prestada ao

paciente durante a internação, é imprescindível que contenham informações capazes de revelar tanto os cuidados como a qualidade letá de dados, checagens jurídicas, entre outras.

A função do enfermeiro não se resume a supervisionar, é preciso que dêem exemplo, pois a implementação da Sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade privativa do mesmo que torna seu trabalho planejado e direciona as atividades da equipe, além de organizar as anotações de enfermagem.

Acredita-se que o processo de melhoria dependa também da valorização e empenho dos profissionais em reconhecer que a SAE, se realizada adequadamente, pode facilitar seu trabalho e direcionar a assistência prestada ao paciente. Portanto, este não deve medir esforços para que seja aplicada com a finalidade de individualizar o cuidado, ao em vez de rotinizá-lo e/ou mecanizá-lo.

Para finalizar, é importante ressaltar que a realização de estudos mais detalhados, pautados nos critérios utilizados neste estudo, pode ser de grande valia para elucidar o que na realidade, ou especificamente, está sendo deixado de anotar ou registrar sobre o cuidado administrado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. D'Innocenzo M, Adami NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais ensino e universitários. *Acta Paul Enferm* 2004; 17(4): 383-91.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/272-2002.htm>.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.
4. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2): 184-91.
5. Tanji S, Dahmer M, Oliveira SEM, Silva CMSLMD. A importância do registro no prontuário do paciente. *Enferm Atual* 2004; 4: 6-20.
6. Nakatani AYK, Oliveira MGN, Bachion MM, Pereira MS. Metodologia da Assistência de enfermagem: estudo do processo operacional em um hospital de ensino. *Rev Enferm UERJ* 1998; 6(1): 259-65.
7. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Sentone ADD. Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital universitário público [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 293, de 21 de setembro de 2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/293-2004.htm>
11. Bacelar S, Almeida WM, Andrade GM. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário do paciente. *Brasília médica* 2002; 39(1/4):42-51.
12. Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1976; 29(1): 28-37.
13. Gonçalves VLM. Anotação de Enfermagem. In: Cinciarullo TI. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.
14. Bajay H.M, Jorge AS, Dantas SRPE, coordenadores. Manual de Tratamento de feridas. Campinas: Hospital das Clínicas; 1999.
15. Balan MAJ. Guia Terapêutico para o Tratamento de Feridas. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2006.
16. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
17. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 568-72.
18. Pereira APS, Tessarini MM, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(1): 40-5.
19. Souza V, Moura FL, Flores ML. Fatores determinantes e consequências de falhas registradas na assistência de enfermagem – um processo educativo. *REME – Rev Min Enferm* 2002; 6(1/2):30-4.
20. Nogueira R.P. Perspectivas da Qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.